

Bondige bespreking

Consultable uniquement en ligne sur <http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/10236>

Analyse de Laetitia Buret, médecin généraliste à Liège

De complexiteit van een consultatie in de huisartspraktijk

Duiding van

Procter S, Stewart K, Reeves D, et al. Complex consultations in primary care: a tool for assessing the range of health problems and issues addressed in general practice consultations. BMC Fam Pract 2014;15:105.

Besluit

Deze onderzoekers ontwikkelden een instrument om de complexiteit van consultaties in de huisartspraktijk in kaart te brengen. Ze beschrijven het aantal problemen en de diversiteit van de problemen die zich aanbieden in de huisartspraktijk. Het ontwikkelingsproces van dit instrument weerspiegelt duidelijk de complexiteit van de interacties binnen een consultatie. De betrouwbaarheid en vooral het nut van het instrument moeten nog in andere onderzoeken worden geëvalueerd.

De mogelijkheid om in Minerva iets te publiceren over de uitoefening van het beroep van huisarts is niet zo groot. In het februari-nummer van 2015 publiceerden we enkele bijdragen over kwalitatief onderzoek in de huisartsgeneeskunde (1). Voor de eerste maal publiceren we nu een bespreking van een studie over de complexiteit van raadplegingen in de huisartspraktijk. Een van de aspecten van complexe consultaties in de huisartspraktijk is dat er tijdens de raadpleging vaak meerdere problemen aan bod komen die verschillende klinische entiteiten bestrijken. In de internationale literatuur vinden we studies terug die de klinische inhoud van een consultatie in de huisartspraktijk registreren op basis van het dossier van de arts (2,3). Rethans et al. toonden echter aan dat het dossier van de arts onvoldoende betrouwbaar is om alle elementen van een consultatie te registreren (4). Voor de analyse van een consultatie zijn al verschillende tools ontwikkeld, die zich echter vooral richten op de aard en de kwaliteit van de arts-patiëntcommunicatie, eerder dan op de klinische inhoud van de consultatie (5,6).

Procter et al. publiceerden in 2014 een deelrapport van hun 'Complex Consultations'-project (7). Met dit project wilden de auteurs onderzoeken hoeveel en welke soorten problemen aan bod komen in consultaties in de huisartspraktijk. In het deelrapport dat we hier bespreken, ontwikkelden en evalueerden de auteurs een coderingssysteem (8) dat de nadruk legt op de complexiteit van de consultaties en dat op een betrouwbare manier zou kunnen worden gebruikt in toekomstige studies. Acht onderzoekers en klinici namen deel aan het opstellen van het coderingssysteem via verschillende steeds terugkerende testen en ontwikkelingen. Uiteindelijk bleek een codeerhandleiding noodzakelijk.

Voor de classificatie van de hoofdproblemen baseerden de auteurs zich op de 17 hoofdstukken van de ICPC, versie 2 (9). Aan ieder hoofdprobleem werden 10 dimensies toegekend.

Twee onderzoekers toetsten vervolgens de interratervariabiliteit op 60 toevallig gekozen, opgenomen consultaties. De overeenkomst van het aantal problemen, het soort problemen en de dimensies bedroeg resp. 98,3%, 96,5% en 90%. Het aantal problemen varieerde per consultatie tussen 1 en 6, maar voor de meeste consultaties (50 op de 60) werden maximum 3 problemen geregistreerd. Het coderingssysteem werd nadien toegepast op 229 andere consultaties. De intraclass-correlatie voor het aantal belangrijkste besproken problemen bedroeg 0.93. Het invullen van de coderingslijst duurde ongeveer 15 minuten.

In een ander onderzoek stelden Salisbury et al. met deze methoden vast dat er gemiddeld 2,5 problemen (95% BI van 2,3 tot 2,6) aan bod kwamen in een raadpleging (10). Bij 41% van de raadplegingen kwamen minstens 3 gezondheidsproblemen aan bod en bij 72% waren diverse medische disciplines betrokken. De gemiddelde consultatieduur bedroeg 11,9 minuten (95% BI van 11,2 tot 12,6). Bij ieder nieuw gezondheidsprobleem nam de consultatieduur toe met gemiddeld 2 minuten. De patiënten brachten zelf de meeste gezondheidsproblemen aan, maar in 43% van de gevallen werd de raadpleging aangevuld met gezondheidsproblemen die de huisarts aanbracht. De arts noteerde 81% van de gezondheidsproblemen in het papieren medisch dossier, maar codeerde in het elektronisch dossier slechts 37% van de problemen op een correcte manier.

Door de beperkte steekproef en het kleine aantal evaluatoren is een validatiestudie nodig om de betrouwbaarheid van dit coderingssysteem te evalueren. Ook kunnen we ons afvragen wat de meerwaarde van dit systeem is boven de gevalideerde en internationaal erkende ICPC-2-classificatie (9) waarmee zeer interessante projecten zijn ontwikkeld zoals het Transitieproject in Nederland (11) en The BEACH in Australië (12).

De ontwikkeling van een dergelijke codering kan wel implicaties hebben voor verder onderzoek en voor de verbetering van de dagelijkse praktijk of ook voor de verbetering van vaardigheden van de huisarts in opleiding op het vlak van interactie met de patiënt.

Besluit

Deze onderzoekers ontwikkelden een instrument om de complexiteit van consultaties in de huisartspraktijk in kaart te brengen. Ze beschrijven het aantal problemen en de diversiteit van de problemen die zich aanbieden in de huisartspraktijk. Het ontwikkelingsproces van dit instrument weerspiegelt duidelijk de complexiteit van de interacties binnen een consultatie. De betrouwbaarheid en vooral het nut van het instrument moeten nog in andere onderzoeken worden geëvalueerd.

Referenties

1. Poelman T. Van getal naar quote... Kwalitatief onderzoek: onbekend is onbemind. [Editoriaal] *Minerva* 2015;14(2):13.
2. McCormick A, Fleming D, Charlton J. Morbidity statistics from general practice. Fourth national study 1991–1992. In Series MB5 no3. London: HMSO; 1995.
3. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:14.
4. Rethans JJ, Martin E, Metsemakers J. To what extent do clinical notes by general practitioners reflect actual medical performance? A study using simulated patients. *Br J Gen Pract* 1994;44:153-6.

5. Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al: Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36:1138-61.
6. Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002;46:243-51.
7. Procter S, Stewart K, Reeves D, et al. Complex consultations in primary care: a tool for assessing the range of health problems and issues addressed in general practice consultations. *BMC Fam Pract* 2014;15:105.7.
8. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *J Fam Pract* 2001;50:211-16.
9. Classification Committee of the World Organization of Family Doctors: ICPC-2: International Classification of Primary Care. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 1998.
10. Salisbury C, Procter S, Bowen L, Stewart K, Purdy S, Ridd M, Valderas J, Blakeman T, Reeves D: The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video-recordings. *Br J Gen Pract* 2013;63:e751–e759.
11. Transitieproject. URL: <http://www.transhis.nl/>
12. Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH). Family Medicine Research Center, University of Sydney. URL: <http://sydney.edu.au/medicine/fmrc/beach/index.php>